

Факторы риска, критерии выявления и профилактика отклоняющегося поведения в детском и подростковом возрасте

заведующая кафедрой психиатрии ЮУГМУ
д.м.н. **Малинина Е.В.**

27.02.18 г.

г.Челябинск

Актуальность вопроса

- Увеличение числа детей и подростков с нарушенными формами поведения
- Разночтения в трактовках специалистов патологических и непатологических форм поведения
- Психопатология нарушенного поведения
- Наркологические аспекты нарушенного поведения
- Правовые (законодательные) вопросы нарушенного поведения
- Несовершенство профилактических и реабилитационных мероприятия



- Является ли расстройство поведения психиатрической проблемой очень часто является предметом споров в обществе. И зачастую к таким детям применяют термины «трудные», «хулиганы», «делинквенты». Эти понятия отражают социально-психологические характеристики данных детей, не раскрывая феноменологию признаков нарушенного поведения.

*Количество
участников преступлений
в возрасте 16-17 лет
увеличилось на 55%, а количество
несовершеннолетних правонарушителей
на 14,6% (МВД РФ, 2005)*

*1/3 криминальных
поступков
приходится на долю
несовершеннолетних*

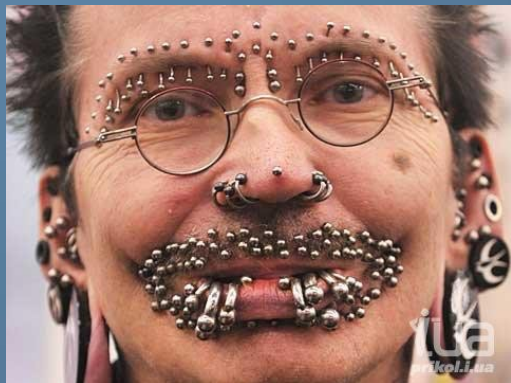


*Ежегодно в центры
временной изоляции
помещается около 60
тыс. детей*

*Показатель
убийств, совершенных
подростками 10 на 100
тыс.
населения (ВОЗ, 2001)*

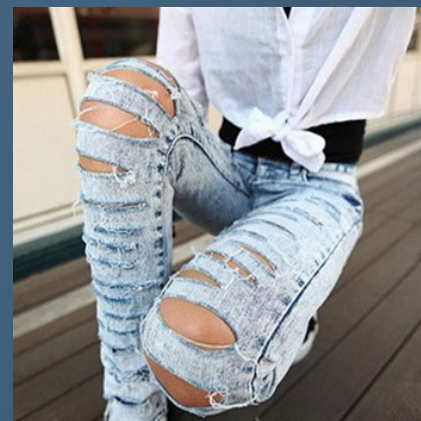
*Трудно установить частоту расстройств
поведения или сравнить различные
исследования этой проблемы из-за сложностей
с их определением и разграничением*

Психиатрическая диагностика в контексте современности



нормы поведения ?

класс



- Легче ли стало диагностировать
- психические расстройства (заболевания)?

Аномальное, девиантное поведение

- Отклонение в ту или иную сторону с различной интенсивностью и в силу разнообразных причин от поведения, которое признается нормальным и не отклоняющимся
- Система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушения процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного или эстетического контроля за собственным поведением

Современные тенденции в обществе

- Снижение обращаемости родителей с детьми, имеющими психические и поведенческие расстройства к психиатру
- Игнорирование родителями болезненного характера имеющихся нарушений у детей из-за страха перед обращением в психиатрический диспансер в связи с боязнью социальных ограничений
- Сдвиг обращаемости родителей с детьми, имеющими психические и поведенческие расстройства, за помощью в учреждения психолого-педагогической коррекционной и реабилитационной направленности

Следствие этого:

Разобшение категорий несовершеннолетних группы социального риска по формальным признакам - терминологическая и правовая путаница:

- ✓ «беспризорные»,
- ✓ «безнадзорные»,
- ✓ «дети, оставшиеся без попечения родителей»,
- ✓ «несовершеннолетние, находящиеся в трудной жизненной ситуации»,
- ✓ «дети, подвергшиеся внутрисемейному насилию»,
- ✓ «дети, ставшие жертвами сексуальной эксплуатации»

Это легло в основу создания организаций, оказывающих «помощь» несовершеннолетним той или иной категории, и многочисленных программ реабилитации (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004)

Нарушения поведения

Психопатологическая квалификация:

- бродяжничество
- агрессия направленная на окружающих и/или себя (суицидальное поведение)
- возбуждение с драками
- употреблением алкогольных напитков, психоактивных и токсических веществ

Социально-педагогическая квалификация:

- Драчливость
- Хулиганство
- Непослушание
- Прогулы и пропуски уроков

Современное представление о психических расстройствах у детей и подростков, объединяет при диагностике как собственно, психопатологические феномены, так и:

- ✓ показатели соматического здоровья,
- ✓ социального функционирования,
- ✓ включая школьную успеваемость,
- ✓ семейное благополучие,
- ✓ микросоциальное взаимодействие

В силу вышеуказанных причин рассмотрение проблем психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей стало невозможным вне социально-психиатрического контекста

Принципы оценки вероятности формирования нарушенного поведения

- Изучение психопатологических механизмов (стереотип повторений клинических проявлений)
- Изучение поведения в прошлом — наилучший общий предиктор поведения
- Оценка особенностей личности
- Оценка ситуационных факторов
- Оценка социального статуса ребенка (семья, обучение, друзья и т.д.)

Дизайн исследования

- Клинико-психопатологически, анамнестически и статистически изучены 191 ребенок мужского пола в возрасте 10-15 лет с социализированным расстройством
- Все пациенты проходили обследование в детском отделении ЧОКСПНБ №1.

Факторы риска нарушений поведения (биологические)

- Общее здоровье родителей и наличие наркологических заболеваний у них;
- Вспыльчивый и агрессивный характер у матери;

Факторы риска нарушений поведения (социальные)

- Не работающие родители
- Плохие материально-бытовые условия
- Безднадзорность в воспитании
- Конфликтные отношения в семье



Факторы риска нарушений поведения (клинические)

- Оппозиционно-вызывающее поведение в дошкольном возрасте
- Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
- Нарушения психологического развития – нейропсихологические проблемы развития с нарушением формирования речи и школьных навыков

одна форма нарушенного поведения поддерживает развитие другой, является ее предиктором

- 48,7% психических и поведенческих расстройств связаны с употреблением психоактивных веществ (по уголовно исполнительной системе, А.А.Ткаченко, 2008)



Употребление алкогольных напитков, ингаляции паров токсических веществ

- Ингаляции паров токсических веществ – **47,8%**
- Употребление алкоголя – 21,7%
- Смешанное употребление – **17,3%**

Модель факторов риска развития синдрома ухода и бродяжничества

- Конфликтные отношения в семье
- Бездзорный тип воспитания
- Нарушения сна
- Нарушения психомоторного развития (ЗПР) на 1 году жизни
- Низкий познавательный интерес, отсутствие мотивации к учебе

Критерии выявления патологических форм нарушенного поведения

- *В компетенцию врача – детского психиатра входит задача оценить критерии патологических и непатологических форм поведенческих расстройств*, степень воздействия повреждающего фактора (генетического, церебрально-органического, социально-психологического) на формирование психики и предотвратить нарушение (искажение) развития ребенка. От правильной оценки этих факторов зависит адекватная ориентация на медикаментозное или психокоррекционное воздействие

- *Патологические* (характеризуются стереотипностью, полиморфизмом, сочетанием с неспецифическими и невротическими симптомами астенического, аффективного, сомато-вегетативного характера) и *непатологические формы нарушенного поведения*
- В контексте текущих процессов психического развития разделение на патологические и непатологические формы нарушений поведения утратило свое значение, поскольку и сами границы патологического и непатологического оказались сильно размыты (Rutter M. et al., 1985; Van Goor-Limbo G. Et al., 1990; WHO, 1996; Пережогин Л.О., 2010)

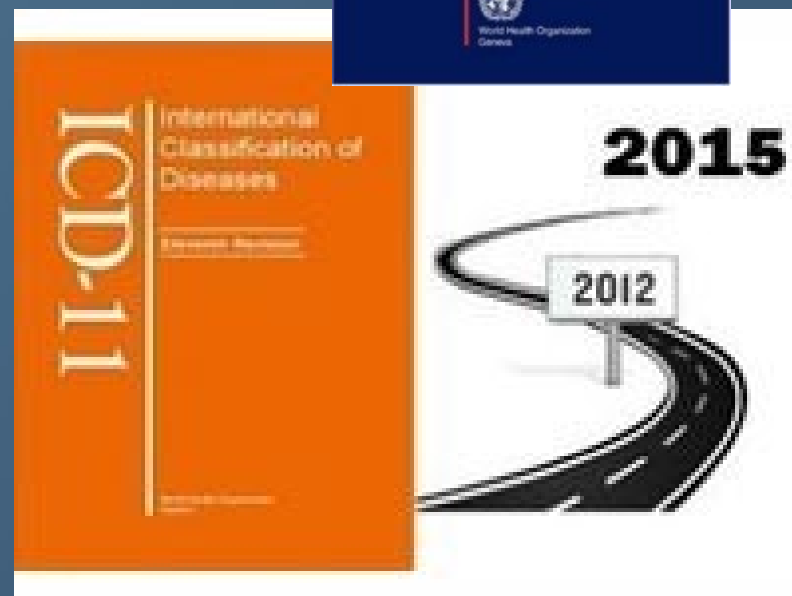
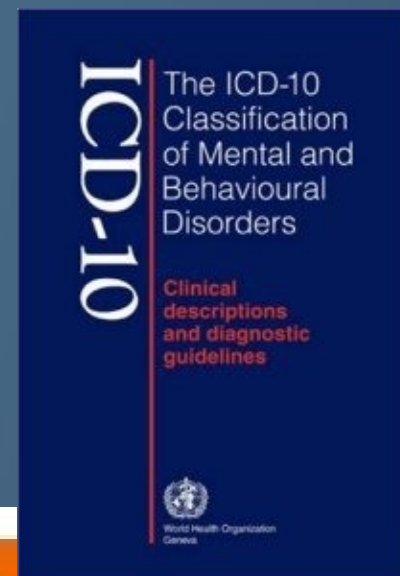
Диагностические аспекты



- Международные классификации – стремление к единообразию и доказательности
- Оценка психического состояния должна базироваться на знании клинической динамики и возрастной специфики
- Диагностическая парадигма определяется и традициями национальных психиатрических школ

Психиатрическая диагностика в условиях новых классификаций

- **DSM-I – 106 диагнозов**
- **DSM-IV – 297
диагнозов**
- **DSM-V – 282 диагноза**
- **МКБ-10 - более 300
диагнозов**
- **МКБ-11 - ???**



Диагностические аспекты

- Оценка доклинической (этап предболезни), инициальной, продромальной стадии психического расстройства
- Например, расстройства дизонтогенетического спектра (Neurodevelopmental Disorders – расстройства психического развития). Основа закономерностей детской психиатрической клиники, принцип гетерохронии развития, возрастное своеобразие развития – психическая дисгармония, диссоциация (Г.Е. Сухарева, 1959; Л.С. Выготский, 1926; Е.В. Макушкин, 2017).



Диагностические аспекты



- Пример дизонтогенетического развития, наиболее часто с нарушенными формами поведения (60% экспертиз судебно-психиатрических несовершеннолетних) – психических инфантилизмов
- Психический инфантилизм – патологическое состояние, обусловленное социальными, наследственно-генетическими и органическими факторами, в виде задержанного темпа возрастного психологического развития, характеризуется замедленным становлением физической, психической и личностной зрелости со стойкими эмоционально-личностными и поведенческими стереотипами, которые обуславливают нарушения социальной адаптации без признаков тотальной недостаточности интеллекта (Вострокнутов Н.В., 2013; Макушкин Е.В., 2016)

Клинические формы расстройств поведения

Отечественная классификация

- Патохарактерологические реакции
- Патохарактерологические формирования личности
- Реакции группирования, групповая делинквентность
- Психопатии
- Синдром повышенной аффективной возбудимости
- Психопатоподобный синдром
- Гебоидный синдром

МКБ-10

F91 — расстройства поведения.

- F91.0 — расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи.
- F91.1 — несоциализированное расстройство поведения
- F91.2 — социализированное расстройство поведения
- F91.3 — оппозиционно-вызывающее расстройство поведения
- F91.8 — другие расстройства поведения.
- F91.9 — расстройство поведения, неуточнённое

Характерологические и патохарактерологические реакции

- ✓ Разнообразные нарушения поведения, в основе которых лежат преходящие, ситуационно обусловленные изменения эмоционально-волевого состояния.
- ✓ Широко распространены в детском возрасте (начиная с первого года жизни).
- ✓ Эти реакции занимают промежуточное положение между нормой и пограничной патологией.
- ✓ Норма: психологические адекватные реакции в ответ на трудную ситуацию (развод родителей, алкоголизм родителей, наказание, трудности в учебе и т.д.)
- ✓ Характерологические реакции имеют тенденцию переходить в патохарактерологические (пограничные патологические формы)

Характерологические и патохарактерологические реакции

Критерии перехода:

1. Выход измененного поведения за пределы той микросреды, где первоначально возникла реакция
2. Постепенная утрата психологической понятности реакций
3. Присоединение других характерологических реакций
4. Интенсивность реакций приводит к социально-психологической дезадаптации
5. Появление невротических, аффективных и сомато-вегетативных нарушений (колебания настроения без особой причины, признаки астении, головные боли, снижение аппетита, нарушения сна и др.)

Характерологические и патохарактерологические реакции

Патохарактерологические реакции могут наблюдаться:

- ✓ *Самостоятельно, при психогенно обусловленных нарушениях (реактивные состояния)*
- ✓ *В клинической картине других расстройств:*
 - психопатии
 - патологические развития личности
- ✓ *Факультативным компонентом при органических поражениях головного мозга, при шизофрении и др.*

Характерологические и патохарактерологические реакции

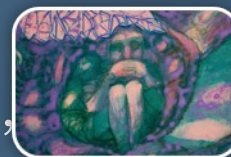
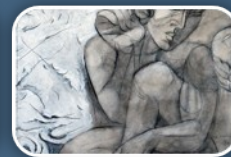
- Реакции активного протеста

1. *Характерологическая* – непослушание, грубость, вызывающее поведение в ответ на трудности. В определенной ситуации, кратковременны, не склонны к фиксации.
2. *Патохарактерологические* – большая интенсивность проявлений, обязательное наличие агрессии, жестокости, выраженного вегетативного компонента, приобретает привычный характер.

Характерологические и патохарактерологические реакции

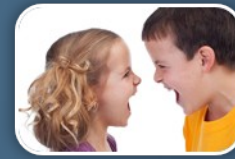
- Реакция пассивного протеста: уходы из дома, из школы, суицидальные попытки.
- В начале всегда ситуативные

Клинические особенности агрессии



- Состояние *аффекта* (острая аффективная реакция) – резкий взрывной характер эмоциональной реакции, частичной сужение сознания, фрагментарность и неполнота восприятия, нарушение произвольной регуляции действий в виде потери контроля, снижение прогностических способностей. Психическая и физическая астения после аффекта.
- *Кумулятивный аффект* – наличие длительной психотравмирующей ситуации (в семейной или субъективно значимой сфере личных отношений), негативные субъективные переживания с их фиксацией, неудачные попытки разрешения ситуаций. Неспособность справиться с ситуацией трансформирует его переживания, появляется злость, эмоциональное напряжение может проявляться деструктивным поведением. Оно имеет взрывной характер с изменением сознания, потерей контроля за своей деятельностью.

Клинические особенности агрессии



- *Малосимптомные эндогенные формы* – расстройства шизофренического спектра, нарушения поведения со своеобразными, вычурными увлечениями (инфантильные игры, фантазии с садистическим компонентом), нелепыми мировоззренческими тенденциями, в том числе «смещение акцента духовных ценностей», формирование «философской интоксикации», озарение идеями собственной значимости. Погружение в виртуальную потусторонность способствует совершению агрессивно-импульсивных поступков против ближайшего окружения и случайных лиц. Причем, гемблинг и другие виды кибераддикций, как монопризнак, еще не является расстройством шизофренического уровня.

Кибераддикции

- Среди интернет-зависимых отмечается высокая распространённость синдрома гиперактивности и дефицита внимания (Yoo H. et. al., 2004) .
- Компьютерные игры стимулируют выработку стриарного дофамина, повышают концентрацию внимания, улучшают выполнение задач и компенсирует игроку фрустрацию от неудач в реальном мире (М.Ж.Коепп et. al, 1998).

Кибераддикции

1. Интернет-пространство можно рассматривать, как своеобразный психоактивный агент
2. Имеются определенные биологические и социально-психологические предпосылки формирования интернет-аддикции
3. Интернет-пространство оказывает специфическое воздействие на человека, задерживая развитие его эмоциональной и телесной сферы, а также, возможно, формирует новый тип психической сферы человека (В. Л. Малыгин, 2015)

Агрессия подростков в общественных многолюдных местах, в том числе в школах.

- Подобное агрессивное поведение с многоэпизодными убийствами часто сопряжено с клиническим, психопатологическим состоянием. Тяжкие правонарушения совершают подростки достигшие 14 лет, ранее никогда не наблюдавшиеся специалистами психиатрической службы. Признаков психопатологии не удавалось выявить. В клинической картине, как правило, достаточно высокий интеллектуальный уровень, отрицается ненависть к близким, но достаточно активно декларируется «ненависть к глобальной системе» и «мироустройству». Однако в последующем подтверждаются диссимулированные ранее проявления антипатии к родителям, соученикам и даже службам правопорядка. При динамическом наблюдении выявляются специфические нарушения мышления, высокий уровень ауто- и гетероагрессии, параноидная настроенность и т.д.



Диагностические аспекты



- Данные семейного статуса
- Социализация и адаптация в различных учреждениях (детский сад, школа и т.д.)
- Индивидуальные особенности, модели поведения в различных жизненных ситуациях
- Система отношений
- Круг интересов
- Изучаются сензитивность к определенным сферам, имеющим для подростка высокую субъективную ценность
- Исследование склонности к агрессии (специальные узконаправленные методики – «агрессивность» Собчик Л.Н., 2003; «Руки» Э.Вагнера и т.п.)

Выводы:

- ✓ Совершенствование и реформирование реабилитационной помощи детям с нарушенным поведением
- ✓ Уровни помощи: Социально-психологическая, педагогическая и медицинская (психиатрическая)

Совершенствование и реформирование реабилитационной помощи детям с нарушенным поведением

Медико-социальная помощь:

- ✓ Социально-психологическая коррекция
- ✓ Психотерапевтическая
- ✓ Педагогическая
- ✓ Медикаментозная

Необходимо создание правовой базы для осуществления профилактической и реабилитационной помощи детям с нарушением поведения

Благодарю
за внимание!

